

GLOSSARIO

Assistito: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione, ovvero l'Assicurato.

Assicurazione: il contratto con il quale la Società si impegna a tenere indenne l'Assistito entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro.

Assistenza infermieristica: l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.

Associato: Società Cooperative aderenti ad AGCI Lombardia, associate alla Cassa.

Cartella Clinica: documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Cassa/Fondo: Cassa RBM SALUTE, via E. Forlanini 24, 31022 Preganziol (TV) – Loc. Borgo Verde, C.F. 97607920150, soggetto avente finalità assistenziale ed abilitato a norma di legge anche ai sensi dell'Art 51 del D.P.R. n. 917/1986, a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

Centro Medico: struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibiti al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri;

Certificato di assicurazione: il documento rilasciato dalla Società che riporta gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, il premio, gli estremi dell'Aderente, i soggetti assicurati, ecc).

Chirurgia Bariatrica: detta anche "chirurgia dell'obesità". Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

Contraente: Cassa RBM SALUTE, via E. Forlanini 24, 31022 Preganziol (TV) – Loc. Borgo Verde, C.F. 97607920150, il soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che è responsabile del versamento del premio.

Convalescenza: periodo dopo la dimissione dall'istituto di cura che comporti una inabilità temporanea totale.

Convenzione: la disciplina che regola i rapporti tra il Contraente, l'Associato e la Società.

Day Hospital: degenza diurna senza pernottamento in Istituto di Cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata e documentate da cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). Si considera Day Hospital anche il Regime MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.

Evento/Data Evento:

- **Prestazioni Ospedaliere** - il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie)
La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio.
- **Prestazioni Extraospedaliere** - tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente.
La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Franchigia: la parte delle spese sostenute, determinata in maniera fissa, che rimane a carico dell'Assistito. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Indennità sostitutiva: indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto in caso di ricovero che non comporti il rimborso di spese sanitarie.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

Intervento ambulatoriale: Intervento di piccola chirurgia eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio medico chirurgico.

Intervento Chirurgico: atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Eventuali biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate intervento chirurgico.

Intervento Chirurgico concomitante: qualsiasi procedura chirurgica effettuata nella medesima sessione dell'intervento principale.

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.

Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Istituto di Cura: Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, nonché colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA).

Lungodegenza: ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assistito siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa): modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata; pertanto consente l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportino la necessità del ricovero ordinario e che per loro natura o

complessità di esecuzione richiedano che sia garantito un regime di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in ambiente ambulatoriale.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

Malattia Mentale: tutte le patologie mentali (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS).

Massimale: la spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.

Medicina Alternativa o Complementare: le pratiche mediche “non convenzionali” definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura; fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omotossicologia; osteopatia; chiropratica.

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.rbmsalute.it.

Nucleo familiare: Il titolare.

Optometrista: professionista sanitario, non medico, laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi e/o soggettivi strumentali lo stato refrattivo del soggetto, al fine di determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica al soggetto.

Polizza: i documenti che descrivono e provano l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Prestazioni miste: prestazioni mediche eseguite presso strutture convenzionate con il Network Previmedical, ma da professionisti non convenzionati.

Protesi acustica (Apparecchio acustico): è un dispositivo elettronico esterno indossabile avente la funzione di amplificare e/o modificare il messaggio sonoro, ai fini della correzione qualitativa e quantitativa del deficit uditivo conseguente a fatti morbosi, avente carattere di stabilizzazione clinica”.

Protesi ortopediche: sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortosi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).

Ricovero: degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

Ricovero Improprio: la degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Rimborso/Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Scoperto: la parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'Assistito. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l'assicurazione.

Sport Professionistico: attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

Società: RBM Assicurazione Salute S.p.A.

Sub-massimale: la spesa massima rimborsabile per specifiche prestazioni previste nelle CGA, fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e nell'ambito dei massimali previsti, la Società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico esso comprende oltre all'intervento principale anche eventuali interventi concomitanti.

Test genetici prenatali non invasivi: test eseguiti sul DNA libero fetale circolante nel sangue materno per la valutazione di aneuploidie fetali.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza, eseguiti da medico specialista o da fisioterapista (Laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002) o da Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995, salvi ulteriori requisiti di legge.

Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica

Visita Specialistica: la prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria.

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

1. Oggetto dell'Assicurazione

La Società assicura, fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati nelle singole opzioni il rimborso delle seguenti spese sostenute dall'Assistito durante l'operatività del presente Contratto e rese necessarie a seguito di malattia o infortunio:

- A) Ospedaliere: Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato 1);
- B) Alta specializzazione;
- C) Visite specialistiche;
- D) Ticket per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso;
- E) Fisioterapia;
- F) Maternità/gravidanza;
- G) Odontoiatria
- H) Prevenzione;
- I) Stati di invalidità permanente
- J) Garanzie aggiuntive

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A) OSPEDALIERE

1) Ricovero per Grande Intervento Chirurgico, effettuato in Istituto di Cura (per interventi chirurgici si intendono quelli elencati nell'Allegato 1)

Prima del ricovero

- Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **100 giorni** precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

Durante il ricovero

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico (risultante dal referto operatorio);
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesici;
- le rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 300,00** al giorno;
- prestazioni mediche ed infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero;

Dopo il ricovero

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), effettuati nei **100 giorni** successivi alla cessazione del ricovero, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

2) Rette di degenza dell'Accompagnatore

il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assistito, debitamente documentate (fatture, notule,

ricevute, ecc). Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato, la copertura è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

3) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

4) Trasporto sanitario a seguito di grande intervento chirurgico

Il trasporto dell'Assistito in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'istituto di cura, di trasferimento da un istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.500,00 per ricovero.

5) Colonscopia e gastroscopia operative a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di colonscopia e gastroscopia operative, la Società rimborsa le spese previste al paragrafo "Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico" punti "Pre-ricovero", "Intervento chirurgico", "assistenza medica, medicinali, cure" e "Post-ricovero" (nel post ricovero non sono compresi i trattamenti fisioterapici rieducativi e le cure termali) con i relativi limiti in essi indicati.

Il sottolimito annuo per la presente copertura è di € 1.000,00 per Assistito.

6) Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società rimborsa le spese previste ai paragrafi "Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico" e "Trasporto sanitario a seguito di grande intervento chirurgico" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la copertura prevede le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali e rette di degenza.

7) Neonati – Figli di Iscritti

La Società provvede al pagamento delle spese per tutti gli interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite (anche quelli non ricompresi nell'elenco dei grandi interventi), comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero.

Il massimale annuo per la presente copertura è di € 10.000,00 per Neonato.

8) Indennità sostitutiva

Qualora l'Assistito, non richieda alcun rimborso per spese sostenute durante il ricovero a seguito di grande intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati al successivo allegato 1) né per altra prestazione ad esso connessa, la Società gli corrisponderà un'indennità di € 50,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 100 giorni per ricovero, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e dell'infortunio, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di ricovero, il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

L'indennità sostitutiva non è prevista per la copertura di cui al precedente punto "Neonati".

9) Protesi ortopediche

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute per l'acquisto e/o applicazione di protesi ortopediche.

Il sottolimito annuo per la presente copertura è di € 1.000,00 per Assistito.

10) Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio

La Società, per un periodo di **120 giorni** successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile dalla Convenzione stessa, prevede la copertura per servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologia, tendente al recupero della funzionalità fisica.

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati**
Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Società alle strutture stesse.
- **Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate**
Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** per sinistro.

Il massimale annuo per la presente copertura è di € 10.000,00 per Assistito.

MASSIMALE ASSICURATO GARANZIE OSPEDALIERE

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 100.000,00 per Assistito.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

- **Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate la Società ed effettuate da medici convenzionati**
Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Società alle strutture stesse ad eccezione delle coperture "Pre-ricovero" e "assistenza infermieristica individuale" che prevedono specifici limiti.
Nel caso di colonscopia e gastroscopia operativa, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 30,00 per prestazione a carico dell'Assistito, che dovrà essere versato dall'Assistito alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.
- **Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate**
L'utilizzo di strutture sanitarie o di personale non convenzionato è consentito solo nel caso in cui l'Assistito sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate.
In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a € 2000,00 per intervento, ad eccezione delle coperture "Retta di degenza", "accompagnatore" e "assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.
Il rimborso avverrà nel limite di un plafond di € 8000,00 per intervento.
- **Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con la Società ed effettuate da medici non convenzionati**
Tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate (vedi punto sopra).

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

La Società rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero rimasti a carico dell'Assistito.

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

B) ALTA SPECIALIZZAZIONE

1) Alta Diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”)

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsungrafia

2) Accertamenti

- Colonscopia Diagnostica
- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Gastrosopia Diagnostica
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

3) Terapie

- Chemioterapia
 - Cobaltoterapia
 - Dialisi
 - Laserterapia a scopo fisioterapico
 - Radioterapia
- **Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati**
Le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente, alle strutture stesse con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 25,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che dovrà essere versato dall'Assistito alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Assistito dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.
 - **Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate**
Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **40%** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assistito alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.
 - **Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**
La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assistito alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 10.000,00** per Assistito.

C) VISITE SPECIALISTICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

La presente copertura è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato con la Società, e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

- **Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate ed effettuate da medici convenzionati**
Le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 15,00** per ogni visita specialistica, che dovrà essere versato dall'Assistito alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Assistito dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- **Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

La Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assistito al netto di una somma pari a € **10,00** per ogni ticket, che rimarrà a carico dell'Assistito. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assistito alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

VISITA SPECIALISTICA OCULISTICA per bambini fino ai dieci anni non compiuti

La Società provvede al pagamento di una visita oculistica all'anno per ogni figlio dell'Assistito **di età fino ai 10 anni non compiuti**.

Per l'attivazione della copertura non è richiesta alcuna prescrizione medica.

La visita oculistica potrà essere effettuata esclusivamente presso le strutture convenzionate con la Società indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione e verrà liquidata direttamente dalla Società alle strutture medesime senza alcun importo a carico dell'Assistito.

MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per la presente copertura corrisponde a € **1.000,00** per Assistito.

D) TICKET per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso

La Società provvede al rimborso integrale dei ticket sanitari:

- per accertamenti diagnostici;
- di Pronto Soccorso.

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € **10,00** per ogni ticket.

MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per la presente copertura corrisponde a € **1.000,00** per Assistito.

E) FISIOTERAPIA

E.1) Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

E.2) Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologie/interventi particolari

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di una delle patologie particolari/interventi sotto specificati sempreché siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Patologie Particolari:

- Ictus cerebrale;
- Infarto;

- Sclerosi laterale amiotrofica (SLA);
- Sclerosi Multipla;
- Morbo di Parkinson;
- Demenza senile in stato avanzato (Alzheimer);
- Trattamenti post operatori per Tunnel carpale.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

E.3) Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologie diverse da quelle elencate al punto “Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologie/interventi particolari” e “Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio”

La Società provvede al pagamento delle spese per trattamenti fisioterapici a fini riabilitativi esclusivamente a seguito di patologie diverse da quelle già elencate al punto “Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologie/interventi particolari” e al punto “Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio”, sempreché siano prescritti da medici e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione. E' prevista l'agopuntura a fini antalgici.

MASSIMALE ASSICURATO

Il Massimale annuo a disposizione per l'insieme delle prestazioni di cui al presente punto “Trattamenti fisioterapici” è di € **700,00** per Assistito. Per le prestazioni di cui al punto “Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologie diverse da quelle elencate al punto “Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologie/interventi particolari” e “Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio” è previsto un sottolimito di spesa annuo di € **350,00** per Assistito.

- **Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati**
Le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse senza l'applicazione di importi a carico dell'Assistito. L'Assistito dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante come sotto indicato.
- **Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate**
Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **20%** con il minimo non indennizzabile di € **100,00** per ogni fattura. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assistito alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante come sotto indicato e copia del certificato di Pronto Soccorso in caso di infortunio.
- **Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**
La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assistito alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante come sotto indicato e copia del certificato di Pronto Soccorso in caso di infortunio.

F) MATERNITA'/GRAVIDANZA

F.1) PACCHETTO MATERNITA'

La Società provvede al pagamento delle spese per:

- ecografie;
- analisi clinico chimiche;

- 2 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a n.4 per gravidanza a rischio);
- Amnioscopia, amniocentesi e villocentesi: per le donne di età ≥ 35 anni tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione mentre per le donne di età <35 anni sono riconosciute solo nel caso di malformazione famigliare in parenti di 1° grado certificata da medico.
- **Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati**
Le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse senza l'applicazione di importi a carico dell'Assistito.
- **Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate**
Le spese sostenute vengono rimborsate integralmente senza l'applicazione di importi a carico dell'Assistito.
- **Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**
La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per la presente copertura corrisponde a **€ 500,00** per Assistito.

F.2) INDENNITA' PARTO In occasione del parto e previa presentazione della relativa cartella clinica, la Società corrisponderà un'indennità di **€ 70,00** per ogni giorno di ricovero, per un **massimo di 7 giorni** per ogni ricovero. Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di aborto terapeutico.

G) ODONTOIATRIA

G.1) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate **una volta l'anno** in strutture sanitarie convenzionate con la Società, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione e senza applicazione di alcuno scoperto e/o franchigia.

- Visita con raccolta dati anamnestici e visita specialistica: riscontro della situazione clinica, acquisizione di elementi diagnostici, individuazione dei problemi e della terapia, informazione del nuovo paziente riesame della situazione clinica in corso di trattamento, verifica dello stato della salute orale ed intercettazione di eventuali nuove patologie in un paziente già trattato. Piano di trattamento generale con relativa tempistica e preventivo economico (massimo 1 volta all'anno).
- RX endorale, radiografia endorale eseguita su un singolo sestante o gruppo di denti (massimo 1 volta all'anno).
- Modelli di studio, comprende la rilevazione delle impronte delle due arcate dento-alveolari e la realizzazione dei relativi modelli in gesso finalizzata alla predisposizione dei piani di trattamento (massimo 1 volta all'anno).
- Istruzione e motivazione all'igiene e ablazione del tartaro: seduta in cui vengono eseguite contemporaneamente nella medesima area (sestante, quadrante, arcata o intera bocca) rimozione tartaro sopragengivale (massimo 1 volta all'anno)

Prestazioni di emergenza

- Trattamento di pronto soccorso endodontico: manovre cliniche di accesso al sistema camerale di un dente finalizzate alla riduzione risoluzione di una sintomatologia acuta

di origine endodontica (massimo 1 volta all'anno)

- Otturazione/ricostruzione temporanea: restauro provvisorio, indipendentemente dal materiale usato. Può avere finalità diagnostica (in attesa di chiarificazione del quadro clinico), pre-endodontica (per consentire un efficace isolamento tramite la diga), protettiva (per ricoprire temporaneamente la cavità preparata per un intarsio), ecc. (massimo 1 volta all'anno).

G.2) PREVENZIONE ODONTOIATRICA

- Ortopantomografia (esclusivamente nelle strutture convenzionate del network dotate di ortopantomografo) con franchigia a carico dell'assicurato, che dovrà essere versata dallo stesso direttamente presso il centro odontoiatrico al momento dell'erogazione della prestazione, pari a Euro 30,00 (massimo 1 volta all'anno)
- Seconda seduta annuale di istruzione e motivazione all'igiene e ablazione del tartaro: seduta in cui vengono eseguite contemporaneamente nella medesima area (sestante, quadrante, arcata o intera bocca) rimozione tartaro sopragengivale (massimo 2 volte all'anno esclusivamente nelle strutture convenzionate del network) con franchigia a carico dell'assicurato, che dovrà essere versata dallo stesso direttamente presso il centro odontoiatrico al momento dell'erogazione della prestazione, pari a Euro 35,00 per la prima seduta e pari a Euro 40,00 per la seconda.

H) PREVENZIONE

H.1) PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate **una volta ogni due anni** in strutture sanitarie convenzionate con la Società, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici ancorchè non ancora conclamati si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazione previste per gli uomini

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- PSA

Prestazione previste per le donne

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Pap test

Prestazione previste per donne e per uomini

- Visita cardiologica con ECG

H.2) SINDROME METABOLICA

Per attivare la garanzia l'Assistito dovrà compilare il questionario raggiungibile accedendo all' "area iscritti" della Società accessibile tramite username e password sul sito www.cassarbmsalute.it

L'applicazione disponibile sul sito della Società darà esito immediato del Questionario:

- a) nel caso non si configuri un quadro di Sindrome Metabolica, l'Assistito ne avrà immediato riscontro dal risultato del Questionario e non verrà posta indicazione a consigli o accertamenti successivi;
- b) nel caso in cui l'Assistito risulti in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc.;
- c) nel caso in cui si configuri un quadro di Sindrome Metabolica "conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc e si inviterà l'Assistito a contattare il proprio medico che potrà effettuare una diagnosi più appropriata, eventualmente, con l'ausilio degli accertamenti più idonei al trattamento del caso.

In quest'ultimo caso la Centrale operativa provvederà all'organizzazione, su richiesta dell'Assistito, delle prestazioni sotto indicate attivando la consueta procedura in regime di assistenza diretta da effettuarsi nell'ambito della medesima garanzia e quindi a carico della Società in strutture sanitarie convenzionate con il Network e dalla stessa identificate. La Centrale Operativa comunicherà all'Assistito il calendario e le strutture più prossime ove poter fruire delle seguenti analisi:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

COSA OCCORRE FARE PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO

Il Questionario permette all'Assistito di inserire i suoi dati una volta sola, salvo i casi in cui risulterà possibile ripetere l'esame del sangue dopo sei mesi.

Nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.

E' importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

I) STATI DI INABILITA' PERMANENTE

I.1) INVALIDITA' PERMANENTE

La Società rimborsa le spese sanitarie e/o l'erogazione di servizi di assistenza per stati di grave inabilità causati da infortunio (sul lavoro) che determina un'invalidità permanente superiore al 50% (tabella di riferimento I.N.A.I.L) oppure causati da una delle seguenti gravi patologie:

- Ictus;
- Sclerosi Multipla;
- Paralisi;
- Trapianto cuore, fegato, polmone, rene, midollo spinale o pancreas;
- Fibrosi cistica;
- Ischemia arterie vertebrali.

Si precisa che la copertura è operante solamente qualora:

- l'infortunio sul lavoro sia documentato da certificato di Pronto Soccorso e sia avvenuto durante l'operatività della Convenzione;
- le gravi patologie elencate siano insorte durante l'operatività della Convenzione (fatto salvo per la patologia "fibrosi cistica" la quale si considera sempre in copertura).

Si precisa che nel computo della percentuale di invalidità permanente verranno prese in considerazione solo le conseguenze dirette dell'infortunio, senza tener conto del maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per la presente copertura corrisponde a **€ 5.000,00** per Assistito. Tale limite di spesa è da intendersi contrattuale e quindi fruibile per un **periodo massimo di tre anni**.

I.2) STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE A SEGUITO DI INFORTUNIO

Oggetto della copertura

- La Società garantisce il riconoscimento delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma prevista mensilmente all'Assistito quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo paragrafo "Definizione dello stato di non autosufficienza" ed esclusivamente nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

Condizioni di operatività della copertura

Ai fini dell'operatività della copertura, gli Assistiti non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non associabilità:

1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:
 - a) spostarsi,
 - b) lavarsi,
 - c) vestirsi,
 - c) nutrirsi.
2. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%

Somma mensile garantita

Nel caso in cui l'Isritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza" la somma di spesa mensile garantito corrisponde a **€ 500,00** da corrispondersi per una **durata massima di 3 anni**.

Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assistito rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione.

La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito dalla Società, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Il punteggio minimo per la dichiarazione di non autosufficienza è di 40 punti.

• **Farsi il bagno:**

- 1° grado: l'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0
- 2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5
- 3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

• **Vestirsi e svestirsi:**

- 1° grado: l'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0
- 2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5
- 3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

• **Igiene del corpo:**

- 1° grado: l'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):
 - (1) andare al bagno
 - (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi
 - (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:punteggio 0

- 2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5
- 3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10

• **Mobilità:**

- 1° grado: l'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0
- 2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5
- 3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

• **Continenza:**

- 1° grado: l'Assistito è completamente continente: punteggio 0
- 2° grado: l'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5
- 3° grado: l'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

• **Bere e mangiare:**

- 1° grado: l'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0
- 2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:
- sminuzzare/tagliare il cibo
 - sbucciare la frutta
 - aprire un contenitore/una scatola
 - versare bevande nel bicchiere
- punteggio 5
- 3° grado: l'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: punteggio 10

La Società, dopo la ricezione della documentazione relativa allo stato di non autosufficienza dell'Assistito, si riserva di comunicare entro 60 giorni se il sinistro rientra in garanzia o meno.

In ogni caso la Società si riserva di sottoporre l'Assistito a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assistito stesso.

La Società si riserva di chiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assistito.

Modalità di rimborso/richiesta erogazione di servizi di assistenza

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza secondo le condizioni riportate al punto "Definizione dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente" dà diritto all'Isritto che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere il riconoscimento delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita - entro i limiti previsti al punto "Somma garantita" - nelle forma di seguito

indicata e dettagliata nel successivo punto:

- erogazione diretta della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato;

L'erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui, la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza dell'Isritto, verrà considerata completa.

J) GARANZIE AGGIUNTIVE

J.1 Visite di controllo

Descrizione

RBM Assicurazione Salute garantirà agli assistiti la possibilità di poter effettuare, **1 volta al mese ed in qualsiasi giorno della settimana**, presso i Centri Autorizzati del Network Previmedical aderenti all'iniziativa (www.alwaysalute.it) e previa verifica delle disponibilità dagli stessi garantite, una visita specialistica in una qualsiasi delle specializzazioni messe a disposizione dalla struttura prescelta, in modo completamente gratuito - senza quota di compartecipazione (scoperto/franchigia) -.

La prestazione è garantita **anche in caso di consulto/mero controllo, non sarà richiesta pertanto in fase di autorizzazione alcuna prescrizione.**

La garanzia potrà essere usufruita, per ciascun mese, da un solo componente del nucleo familiare assicurato e 1 volta a nucleo familiare per specializzazione e per annualità assicurativa (solo per un componente del nucleo)"

Massimale

Illimitato

Regimi di erogazione

Regime Diretto

La presente garanzia è erogata presso i Centri Autorizzati Previmedical senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.

J.2 Vaccinazione Antinfluenzale

Descrizione

La presente garanzia prevede l'erogazione su base annuale della vaccinazione contro i rischi dell'influenza stagionale da effettuarsi presso i Centri Autorizzati Previmedical (www.vacciniamo.it). La fruizione della vaccinazione antinfluenzale, senza quota di compartecipazione (scoperto/franchigia). Trattandosi di un trattamento di natura preventiva **non sarà richiesta in fase di autorizzazione alcuna prescrizione.**

Massimale

Illimitato

Regimi di erogazione

Regime Diretto

La presente garanzia è erogata presso i Centri Autorizzati Previmedical senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.

J.3 Fecondazione Eterologa

Descrizione

La presente garanzia prevede la copertura assicurativa presso Strutture Sanitarie presenti in qualsiasi Paese dell'UE (27), delle spese necessarie al trattamento di Fecondazione Eterologa. Tuttavia, qualora il trattamento sia effettuato all'Estero, sono escluse dalla presente garanzia tutte le spese di trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore.

Massimale

Il massimale annuo di spesa previsto per tale garanzia è pari ad **€ 250,00** anno/ nucleo

Regimi di erogazione

Regime Diretto

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate o medici convenzionati con il Network Previmedical le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture stesse senza applicazione di franchigie o scoperti.

Regime Rimborsuale

È fatto salvo in ogni caso il diritto dell'assistito di utilizzare anche strutture sanitarie non convenzionate con il Network Previmedical senza applicazione di franchigie o scoperti.

J.4 Test genetici prenatali non invasivi (e.g. Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale

Descrizione

La presente proposta prevede l'inclusione nella garanzia Alta Diagnostica (o *Pacchetto Maternità*) dei test genetici prenatali non invasivi che, analizzando il DNA fetale libero circolante isolato da un campione di sangue materno, valutano la presenza di aneuploidie fetali comuni in gravidanza, quali quelle relative ai cromosomi 21, 18, 13 e dei cromosomi sessuali X e Y (e.g Harmony test, Prenatl Safe, etc.). Tali test consentono nella maggior parte dei casi di evitare, anche nelle fasce di età a rischio, il ricorso all'amniocentesi ed alla villocentesi riducendo i rischi per il feto connessi alla diagnosi prenatale.

Tali test sono riconosciuti esclusivamente in alternativa all'amniocentesi/villocentesi

Modalità di erogazione

- Età materna maggiore di 35 anni
- Gravidanza a rischio (indipendentemente dall'età materna). In tal caso il medico prescrittore dovrà specificare le malattie (preesistenti o insorte durante la gravidanza) che comportano un rischio per la donna o per il feto

J.5 Assistenza post parto

Descrizione

La presente garanzia prevede una serie di coperture finalizzate al pieno recupero dell'Assistita a seguito del parto.

a) Supporto psicologico post parto

Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista la copertura di un numero massimo di 3 visite psicologiche.

b) Controllo Arti Inferiori

Entro 6 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è possibile effettuare una visita di controllo degli arti inferiori al fine di stabilire la presenza di alterazioni patologiche del circolo venoso superficiale e profondo degli arti inferiori.

c) Week-end benessere

Entro 1 anno dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista l'erogazione del seguente pacchetto complessivo di prestazioni:

- visita dietologica
- incontro nutrizionista
- incontro personal trainer
- lezione di base all'educazione dell'esercizio fisico
- trattamento termale

Massimale

Illimitato

Regimi di erogazione

Regime Diretto

La presente garanzia è erogata presso le strutture convenzionate con il Network Previmedical senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.

J.6 Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli di assistiti)

Descrizione, Massimale e Regimi di erogazione

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a **€ 1.000,00** per anno/neonato per un periodo massimo di 3 anni.

J.7 Controllo Pediatrico

Descrizione

La presente garanzia provvede, su tutto il territorio nazionale, al pagamento per ciascun nucleo di una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa **tra i 6 mesi e i 6 anni**, da effettuarsi presso struttura convenzionata aderente al Network, alle seguenti condizioni:

- 1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi
- 1 visita ai 4 anni
- 1 visita ai 6 anni

Massimale

Illimitato

Regimi di erogazione

Regime Diretto

Per ciascuna prestazione è prevista una **franchigia** a carico dell'Assistito di importo pari ad **€ 36,15**.

J.8 Immunonutrizione

Descrizione

nell'ambito della garanzia ricovero si intendono ricompresi anche i prodotti di immunonutrizione specifici nella misura di 3 somministrazioni al giorno per 5-7 giorni prima dell'intervento chirurgico secondo lo stato nutrizionale del paziente, come da protocollo validato dagli studi clinici e raccomandato dall'OMS. RBM Assicurazione Salute garantisce il **servizio di reperimento a carico della Compagnia** o presso le Strutture Sanitarie o presso la farmacia più vicina all'abitazione del paziente.

Massimale

Illimitato

Regimi di erogazione

La presente garanzia è erogata dalla Società **senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia** a carico dell'Assistito.

2. Estensioni di garanzia

Sono inclusi nell'assicurazione le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della polizza.

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE

3. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
- 2) gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- 3) gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill";

- 4) gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- 5) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assistito abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
- 6) le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
- 7) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- 8) le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali (elencate nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- 9) interruzione volontaria della gravidanza;
- 10) gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non abbiano compiuto il primo anno di età e assicurati dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili ai sensi di polizza, per tumori maligni;
- 11) le cure dentarie, parodontarie, ortodontiche, le protesi dentarie e i trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di ricovero, Day Hospital, Intervento Ambulatoriale), salvo quanto previsto alla garanzia "Cure Dentarie", se prevista in polizza;
- 12) cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici, salvo quanto previsto all'art. 13 ;
- 13) cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza;
- 14) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
- 15) Ricoveri in lungodegenza;
- 16) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari;
- 17) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato;
- 18) gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
- 19) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi come normati nel "dopo il ricovero";
- 20) cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- 21) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini;
- 22) le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
- 23) ricoveri impropri;
- 24) gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze e complicanze;
- 25) le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

4. Oneri in caso di Sinistro

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente, dall'Assistito o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

Qualora l'Assistito riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assistito.

L'Assistito, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società ed qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assistito stesso.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità della polizza, sopravvenga il decesso dell'Assistito titolare della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso alla Società e gli adempimenti di cui al presente articolo dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

Nell'eventualità descritta, sarà necessario esibire ulteriori documenti quali:

- certificato di morte dell'assicurato,
- Copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre, la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire);
- In assenza di testamento, Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale dalla quale risulti che l'assicurato è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;
- Eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Società alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire
- Fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede;
- Dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura come normato all'interno delle Condizioni Generali di Assicurazione (CGA).

In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'assistito è obbligato a comunicare alla Società il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'assistito è tenuto a trasmettere alla Società il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

Si precisa che qualora l'assistito intenda utilizzare una struttura convenzionata, e/o un medico convenzionato e/o un odontoiatra convenzionato (se previste le cure dentarie) ha sempre l'obbligo di accedervi in regime di assistenza diretta.

Pagamento indiretto – Rimborso all'Assistito

La Società indennizza a cura ultimata, con la presentazione in fotocopia delle fatture o notule debitamente quietanzate, nonché da:

- 1) cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital;
- 2) certificato medico (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso garanzie extraospedaliere;
- 3) dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale;
- 4) referto del Pronto Soccorso, in caso di infortunio. In caso di cure dentarie da infortunio (se previste dall'opzione) le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie);
- 5) copia del tesserino "esenzione 048" in caso di prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.).

La documentazione deve essere intestata all'Assistito e il rimborso avviene in favore dell'Assistito. Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente - le predette prestazioni. Qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni assicurate, quest'ultime devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.

Le prestazioni suddette devono essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere), corredate dalla relativa diagnosi (indicazione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura, da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi.

In caso di prestazioni ricevute in Regime Misto, l'Assistito dovrà produrre alla Società anche un modulo sottoscritto dalla Struttura convenzionata con cui la stessa attesta l'avvenuto pagamento delle prestazioni erogate dall'Equipe non convenzionata.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Pagamento diretto

Il pagamento diretto avviene in caso di prestazioni ospedaliere a condizione che l'Assistito si avvalga di uno o più dei professionisti o degli Istituti erogatori delle prestazioni facenti parte del Network e abbia richiesto autorizzazione alla Società con un preavviso di almeno 48 ore lavorative.

Quanto suddetto vale anche per le prestazioni extraospedaliere senza alcuna limitazione di importo minimo.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 7 giorni (di calendario) per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie, rispetto alla data

dell'evento. A tal fine, pertanto, l'Assistito dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 48 ore (lavorative) di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 7 giorni per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie, che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

Si precisa che, ferma la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa in caso di ricovero / Day Hospital con o senza intervento, la prenotazione presso le Strutture Ospedaliere dovrà essere effettuata unicamente dalla Centrale Operativa.

In caso di prestazione mista ossia struttura convenzionata e equipe medica non convenzionata, la Società provvederà alla liquidazione degli onorari dei medici non convenzionati in forma rimborsuale.

La Società effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di polizza secondo le condizioni della convenzione stipulata dalla Società di Servizi Previmedical con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

Restano a carico dell'Assistito le sole franchigie e scoperti eventualmente previsti in polizza nonché le prestazioni non garantite dalle convenzioni suddette.

L'elenco delle strutture convenzionate, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestati e la relativa modulistica sono disponibili sul sito www.rbmsalute.it.

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta, mista e rimborsuale è indicata nell'*Allegato n. 3 "GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE – REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE"*.

Si precisa che l'eventuale scoperto per le spese pre e post di un ricovero/day-hospital/intervento ambulatoriale seguirà quello previsto dal regime liquidativo applicato (in convenzione diretta o non in convenzione diretta). Si terrà in ogni caso conto del calcolo di eventuali scoperti o franchigie già applicati sulle spese sostenute durante il ricovero/day-hospital/intervento ambulatoriale.

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di ricovero in istituto di cura in regime di Pagamento Diretto qualora, sia nel corso della ospedalizzazione o successivamente alla stessa, si dovesse accertare la non validità della polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assistito, il quale dovrà restituire alla Società stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'istituto di cura se già saldate dalla Compagnia alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

Sezione II

SERVIZI AGGIUNTIVI PREVIMEDICAL

I. Garanzie aggiuntive

Inoltre la presente Polizza offre le seguenti garanzie:

1. TRASPORTO SANITARIO, TRASFERIMENTO SANITARIO E RIENTRO SANITARIO

Qualora l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, abbia necessità di essere trasportato dal proprio domicilio ad un istituto di cura o ospedale o viceversa o da un istituto di cura o ospedale ad un altro, potrà chiedere che, nell'ambito di quanto previsto nelle garanzie ricoveri, il trasporto venga effettuato in forma diretta, con gestione dello stesso da parte della Centrale Operativa.

In tal caso La Compagnia garantisce la liquidazione dei costi del trasporto sino a un massimo di 300 km di percorso complessivo (andata e ritorno).

In caso di infortunio o malattia improvvisa la garanzia vale anche per il semplice rientro al domicilio, ove l'assistito si trovi ad almeno 50 km dallo stesso.

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

2. ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

Qualora in seguito a ricovero per infortunio o malattia l'Assistito necessiti di assistenza infermieristica domiciliare, potrà chiedere che, nell'ambito di quanto previsto nelle garanzie ricoveri, la prestazione venga fornita in forma diretta, con gestione della stessa da parte della Centrale Operativa.

II. Servizi aggiuntivi

Inoltre gli assistiti con la presente polizza potranno beneficiare dei seguenti servizi erogati direttamente dalla Centrale Operativa senza costi aggiuntivi e nel rispetto della normativa in vigore:

1. SERVIZIO DI CONSULENZA MEDICA, INFORMAZIONI SANITARIE E RICERCA DEGLI ISTITUTI DI CURA

Qualora l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale Operativa **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi.**

Le modalità di fornitura della consulenza medica si differenziano a seconda della natura della richiesta:

a) Informazione ed orientamento medico telefonico

Quando l'Assistito necessita di consigli medico-sanitari generici e/o di informazioni sul reperimento di medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale ed internazionale, la Centrale Operativa mette a sua disposizione un esperto per un consulto telefonico immediato. Il servizio fornisce, inoltre, informazione sanitaria in merito a farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero. Qualora l'Assistito, successivamente al predetto consulto, necessitasse di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assistito.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assistito necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie.

L'équipe medica di cui la Centrale Operativa si avvale provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assistito medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assistito e il centro in questione ovviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura dello stesso, i medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assistito.

c) Consulenza telefonica medico specialistica

Quando l'Assistito necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali questi può conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

2. SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA PERMANENTE

Quando l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessita di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli assistiti che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli assistiti di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo.

Non è previsto alcun costo a carico dell'Assistito per la chiamata.

Rimangono invece a suo carico i costi per gli eventuali interventi e/o visite a domicilio, con applicazione però di tariffe comunque convenzionate.

3. GESTIONE APPUNTAMENTO

Qualora l'Assistito necessiti di una prestazione medico specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, potrà usufruire della rete sanitaria convenzionata e richiedere alla Centrale Operativa un appuntamento. Dopo aver selezionato il centro convenzionato o lo specialista in base alle specifiche esigenze sanitarie e alla disponibilità dell'Assistito, la Centrale Operativa provvederà nel più breve tempo possibile a fissare un appuntamento in nome dell'Assistito, in virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Operativa, l'Assistito usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore.

4. CONSEGNA ESITI AL DOMICILIO

Qualora l'Assistito si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per ritirare gli esiti in quanto affetto da gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante e nessuno possa andare per lui, la Società, dopo aver ritirato presso l'Assistito la documentazione eventualmente necessaria per il ritiro degli esiti, provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assistito ed al medico da lui indicato.

Il costo degli accertamenti sostenuti resta a carico dell'Assistito.

5. INVIO MEDICINALI AL DOMICILIO

Qualora l'Assistito necessiti di medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, la Società, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assistito, provvede alla consegna dei medicinali prescritti.

A carico dell'Assistito resta soltanto il costo dei medicinali.

6. SECOND OPINION

L'Assistito, dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza presenti in Italia ed all'estero, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica.

7. CARD ELETTRONICA (RBM SALUTE – PREVIMEDICAL)

È messo a disposizione degli assistiti il servizio di accesso a tariffe agevolate al network sanitario per beneficiare dell'applicazione di tariffe convenzionate in caso di prestazioni non previste dal piano sanitario e/o di massimali esauriti.

Nel sito web www.previmedical.it sarà visualizzabile l'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati, suddivisi per regioni e province aderenti al circuito card. Tali informazioni potranno altresì essere reperite attraverso l'interlocuzione con la Centrale Operativa.

La Card elettronica è nominativa e scaricabile attraverso la APP Mobile RBM Salute.

Allegato 1: Grandi Interventi Chirurgici

Neurochirurgia

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranio plastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale
- Interventi sul plesso brachiale

Chirurgia Generale

- Intervento per asportazione tumore maligno della mammella con eventuale applicazione di protesi
- Nodulesctomia mammaria

Oculistica

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

Chirurgia Otorinolaringoiatrica

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

Chirurgia del collo

- Tiroidectomia totale con e senza svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

Chirurgia dell'apparato respiratorio

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Pneumectomia totale o lobare
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

Chirurgia Cardiovascolare

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Angioplastica con eventuali stent

Chirurgia dell'apparato digerente

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale con o senza linfadenectomia
- Resezione dell'intestino tenue
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano secondo Miles
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Interventi chirurgici sul retto-sigma per patologie oncologiche maligne per via laparoscopica
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne

Chirurgia Urologica

- Nefro-ureterectomia radicale.
- Surrenalectomia.
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale con e senza linfadenectomia
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

Chirurgia Ginecologica

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con o senza linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con o senza linfadenectomia

Chirurgia Ortopedica e traumatologica

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
- Trattamento delle dimetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di anca

Chirurgia Maxillo-facciale

- Sintesi di frattura delle ossa del massiccio facciale

- Ricostruzione con lembo di ferite del volto

Trapianti d'organo

- Tutti.